

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No **573**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Joseph MARTIN

Né le 16 avril 1906 à Fontoy (Moselle)

La

**Protrusion Acétabulaire
Intrapelvienne**

Président : M. B. CUNÉO, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1936

876

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Joseph MARTIN

Né le 16 avril 1906 à Fontoy (Moselle)

La

**Protrusion Acétabulaire
Intrapelvienne**

Président : M. B. CUNÉO, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1936

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 JUSTIN-BESANCON, Hydro-climatolo-
 gie thérapeutique.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimen-
 tale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER..... Pathologie expérimen-
 tale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 FONZELOT..... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE ... Puériculture.
 RUPPE..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNÉO

*Faible hommage de notre
très respectueuse admiration.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉNÈQUE

PROFESSEUR AGRÉGÉ

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*Qui a été pour nous un
maître incomparable et qui
nous a initié avec une grande
bienveillance à la pratique
chirurgicale.*

*En témoignage de notre
plus vive gratitude et de
notre très respectueux atta-
chement.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MÉE

LARYNGOLOGISTE DE L'HÔPITAL DES ENFANTS MALADES

En témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a prodigué au cours d'un an d'externat passé à ses côtés.

Qu'il soit assuré de notre profonde admiration et de notre respectueux dévouement.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HALPHEN

PROFESSEUR AGRÉGÉ

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LARYNGOLOGISTE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Qui fut pour nous un guide d'une bienveillance inlassable et dont le merveilleux enseignement a été pour nous particulièrement profitable.

En témoignage de notre plus sincère attachement.

A MES MAITRES

STAGES

M. le Professeur DELBET.

M. le Docteur BRULÉ.

M. le Docteur CADENAT.

M. le Professeur VAQUEZ (*in mémoriam*)

M. le Professeur LOEPER.

EXTERNAT

M. le Professeur CUNÉO.

M. le Professeur LEGUEU.

M. le Docteur BERGERET.

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Docteur LE MÉE.

M. le Docteur HALPHEN.

A Monsieur le Docteur AHREINER

A Monsieur le Docteur GRIMAULT.

A MES AMIS

INTRODUCTION

La protrusion acétabulaire intrapelvienne a été l'objet de multiples travaux à l'étranger, en particulier en Allemagne, en Angleterre et aux Etats-Unis.

Comme elle est à peu près inconnue en France, il nous a paru intéressant de réunir dans une étude d'ensemble les documents étrangers avec les notions qui se dégagent de neuf observations cliniques concernant des malades hospitalisés dans le service du Professeur Cunéo à l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu, au cours des cinq dernières années, et provenant du service de physiothérapie de M. le Docteur Dausset.

Qu'il nous soit permis ici d'adresser nos sentiments de gratitude à notre maître le Docteur Sénèque, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et qui nous a prodigué ses précieux conseils dans l'exécution de ce travail.

DÉFINITION ET HISTORIQUE

La protrusion acétabulaire intrapelvienne est une malformation uni, ou bilatérale, se caractérisant par un refoulement du fond du cotyle dans la cavité pelvienne par la tête fémorale.

Reconnue depuis plus d'un siècle par Otto, cette affection rare, n'est pas à proprement parler un processus morbide « sui generis », mais doit être considéré plutôt comme une complication de certaines ostéoarthrites de la hanche. De nombreux travaux ont été consacrés à son étude et ont donné naissance aux conceptions les plus diverses quant à son étiologie.

C'est ainsi qu'Otto, et, après lui, son fils, ont conclu à une « manifestation goutteuse anormale ».

Gurlt en 1854 en fait une coxalgie avec fracture acétabulaire.

Eppinger (1903) qui, dit-on, ne connaissait pas le travail d'Otto, suggère le terme de « Coxarthrolithésis-Becken » et y rattache le nom de Chrobak comme tribut de reconnaissance au distingué gynécologue.

Kuliga (1905) croit à une ostéo-arthrite déformante et Schlagenhauser (1908) à une arthrite gonococcique. Pour Breus et Kolisko (1900 et 1912) ce serait une coxite destructive, tandis que Henschen en 1909, dans une volumineuse étude aboutit à la conclusion qu'il s'agit d'une affection due à des processus inflammatoires très variés et même à certaines neuropathies.

Schertlin (1911) aurait, d'après Schaap, le mérite d'avoir le premier soumis le diagnostic clinique à la radiographie.

Depuis, les travaux se sont succédés avec une fréquence accélérée : Kienböck (1911), Chiari (1912), Valentin et Muller (1921), Hertzler (1922), Pommeranz (1925), Lewin (1925), Doub (1929), Nicholls et Shifflett (1930), Pedoth (1931), Michaëlis (1932), Schaap (1934), Vogeler (1934), Lewin (1935).

FRÉQUENCE

La protrusion acétabulaire est peu fréquente. Jusqu'en l'année 1935 on a réuni environ 65 cas dans la littérature mondiale. Mais si nous considérons qu'en dehors des cas d'Otto et de Gurlt, cette affection était inconnue jusqu'en 1903, que les 15 ou 20 premiers cas étaient dûs au hasard d'une autopsie ou découverts sur des pièces de musée ou au pavillon d'anatomie au cours d'une dissection, et que d'autre part, dans le

service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu on a observé neuf cas depuis 1931, nous arrivons à en déduire, que la protrusion acétabulaire, sans être fréquente, est moins rare qu'on ne l'a admis jusqu'ici.

« LE BASSIN D'OTTO »

La première description anatomique en a été faite par Otto en 1824 sur une pièce de musée, et comme c'est elle qui a servi de base à toutes les études ultérieures, nous nous permettrons d'en citer les grandes lignes :

« Ce bassin d'une femme adulte, est dans son ensemble à peu près normal dans ses dimensions et dans sa structure, et il ne se trouve caractérisé que par le fait que les têtes fémorales sont profondément engagées dans leurs cavités cotyloïdes, dont les fonds proéminent loin dans le petit bassin. Il y a ankylose plus ou moins complète.

Du côté droit, le fond du cotyle bombe dans le bassin comme la moitié d'une orange, et la paroi osseuse qui la constitue est arrondie, lisse, assez régulière, ayant à sa base des diamètres de deux pouces $3/4$, et la profondeur centrale étant de 1 pouce $1/2$.

Au sommet, qui correspond à peu près au centre de la cavité cotyloïde, existe une perforation, irrégulièrement arrondie, ayant 1 pouce $1/2$ de diamètre,

correspondant à une destruction osseuse qui a dû être recouverte, à l'état frais, par du périoste, et qui établit actuellement une communication entre la cavité cotyloïde et le pelvis. L'acétabulum fait saillie dans le pelvis à tel point qu'il contient non seulement la tête fémorale, mais encore le col, qui a cependant une longueur normale et que le grand trochanter s'articule avec le sourcil cotyloïdien. Toute la cavité cotyloïde est lisse en son intérieur, ainsi que la tête fémorale, mais ils ont tous deux perdu leur revêtement cartilagineux et ont un aspect usé et polissé.

La partie de la tête juxtaposée à la perforation cotyloïdienne est rugueuse et rongée. Le sourcil cotyloïdien est rugueux et irrégulier, un peu épaissi, rétréci autour du col fémoral, de telle manière que la tête fémorale ne peut être énucléée de sa cavité.

Le ligament transverse de l'acétabulum est ossifié. Comme le grand trochanter s'appuie contre le sourcil cotyloïdien rugueux et que le col aussi est le siège d'aspérités, et que le petit trochanter butte contre l'ischion dans l'extension, les mouvements de l'abduction et de l'extension sont impossibles, la flexion et l'adduction étant possibles dans une certaine mesure.

La mobilité est réduite à tel point que lorsque la femme était en position verticale, les cuisses formaient avec le tronc un angle droit.

La hanche gauche montre des déformations ana-

logues. La cavité cotyloïde est moins proéminente, le col fémoral n'est pas entièrement caché en elle.

Mais le sourcil cotyloïdien est encore davantage épaissi et rétréci, et le col est le siège de proliférations variées. Il en résulte que les mouvements sont encore plus réduits.

Le ligament transverse de l'acétabulum est également ossifié ».

ETIOLOGIE

L'étiologie de cette affection est d'autant plus discutée qu'elle est restée jusqu'à nos jours dans le domaine de l'hypothèse. En effet, peu de choses sont établies avec certitude. Et, comme dit Schaap, chaque auteur ne disposant que d'un nombre restreint de cas, le nombre des hypothèses est d'autant plus grand. Cependant on peut dégager des connaissances actuelles un certain nombre de faits.

Le sexe féminin est atteint dans une proportion approximative de 83 %. En effet, sur 59 cas, 49 fois il s'agissait de femmes.

En ce qui concerne l'âge, la protrusion acétabulaire est dans la plupart des cas observée aux alentours de la cinquantaine, mais on la rencontre fréquemment sur des sujets plus jeunes.

En dehors de ces conditions, qui n'ont rien d'absolu, on admet actuellement deux facteurs :

- un facteur infectieux,
- un facteur mécanique.

I. FACTEUR INFECTIEUX.

La tuberculose a été invoquée par nombre d'auteurs, niée par d'autres. C'est que, comme le fait remarquer Henschen, la coxalgie produit en général des lésions trop étendues et le synchronisme indispensable des processus destructif et constructif n'est pas réalisé. Par contre les formes rhumatismales (Rhumatisme de Poncet) ne paraissent pas assez destructives pour pouvoir produire la protrusion acétabulaire. Cependant on connaît actuellement au moins quatre cas, dans lesquels la nature tuberculeuse était vérifiée par l'atteinte d'autres organes.

Le tabès est représenté dans l'étiologie du bassin d'Otto par trois observations, faites sur des cadavres :

- 1^o par Ponfik (Berl. Klin. Wochenschr, 1872),
- 2^o par Ch. Féré (Arch. de neurologie, IV, 1882),
- 3^o par Hale White (Brit. Méd. Journ. 1883, II).

Axhausen a mis en cause la scarlatine et la diphtérie, Wollenberg la fièvre typhoïde. On a également incriminé la cholécystite, le rachitisme, l'influenza et les tumeurs de l'ovaire.

Mais les trois grandes causes inflammatoires universellement admises sont :

- l'ostéomyélite,
- la polyarthrite rhumatismale,
- l'infection gonococcique.

— On ne discute plus guère l'origine ostéomyélitique. C'est ainsi que Borchard, en 1906, chez un garçon de dix ans, trouva au cours de l'intervention, du pus épais, provenant d'un foyer ostéomyélitique. Dans la plupart des cas, la cavité cotyloïde est atteinte secondairement, le foyer primitif siégeant généralement sur l'extrémité supérieure du fémur. V. Brunn et Honsell en 1899 ont réuni 23 cas, parmi lesquels il y avait dans deux cas seulement atteinte primitive de l'acétabulum, l'extrémité supérieure du fémur n'y ayant montré que des lésions minimales. D'après ces auteurs, il s'agirait dans ces deux cas, d'une ostéochondrite du cartilage en Y, suivie ultérieurement de propagation à tout le fond cotyloïdien. Muller en 1885 constata sur 18 cas observés, 7 cas d'atteinte primitive de l'acétabulum, dans lesquels, avec une fréquence égale, tantôt le début avait été brusque, avec un tableau clinique d'infection grave et aboutissant à une rapide et abondante suppuration de l'articulation, tantôt, après un début brutal, les signes s'étaient atténués spontanément et l'intervention n'a eu lieu qu'au cours d'une nouvelle poussée

aiguë se produisant à un moment variant entre neuf mois à trois ans après l'atteinte initiale.

— La polyarthrite rhumatismale a toujours été considérée comme étant susceptible de se localiser au niveau du fond du cotyle. Wolfsohn et Brandenstein, en 1911, citent la littérature d'une observation très instructive à ce sujet, étiquetée : ostéo arthrite juvénile bilatérale de la hanche.

Schaap cite également six cas, dans lesquels on a pu, en dehors de l'affection acétabulaire, observer des modifications au niveau d'autres articulations qui s'étaient manifestées cliniquement par des fluxions articulaires rhumatoïdes.

— L'infection gonococcique a eu d'emblée de nombreux partisans. Schlagenhauser, qui a rapporté un cas, où il a pu mettre en évidence le gonocoque d'une façon indiscutable, en prélevant du pus au niveau de l'articulation de la hanche malade, n'a pas hésité à affirmer que la protrusion acétabulaire était toujours et exclusivement une séquelle de l'infection gonococcique.

Plus récemment Michaëlis s'est rangé de cet avis. Mais Pommeranz et Schaap, et avec eux la grande majorité des auteurs, tout en confirmant la possibilité de l'origine gonococcique, admettent d'autres infections causales.

II. FACTEUR MÉCANIQUE.

Si dans la plupart des cas le facteur inflammatoire paraît indubitable au cours de l'examen clinique, et si maintes fois l'intervention ou l'autopsie ont pu le confirmer, il n'en est pas moins vrai que dans d'autres cas, on se heurte à l'absence de signes plaidant en faveur de l'agent infectieux, tant au point de vue clinique et radiologique, qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Le cas de Waller en est un exemple très instructif : sa malade se plaignait à l'âge de 16 ans, de la hanche gauche pendant quelques mois. Puis toutes manifestations cessèrent et la malade marcha normalement. Trois ans après, elle fit une chute sur le côté gauche, ce qui occasionna la réapparition des symptômes. A l'hospitalisation on constate une protrusion acétabulaire bilatérale, compliquée à gauche par une fracture du fond du cotyle. Un examen, fait deux ans après, montre un état stationnaire à droite, et à gauche une luxation transacétabulaire encore plus marquée, à tel point que le grand trochanter heurtait l'os iliaque.

Chez cette malade existait donc à l'âge de vingt ans une protrusion acétabulaire double, alors qu'il n'y a eu des symptômes précaires et fugaces que sur la hanche gauche.

Partant de ce fait et en considérant les trois données suivantes :

1^o l'atteinte prédominante du sexe féminin,

2^o le grand nombre de cas d'atteinte bilatérale,

3^o la caractéristique de l'image radiographique.

Schaap (Hollande) a donné naissance à une hypothèse fort séduisante : celle d'une affection congénitale, qui serait le pendant de la luxation congénitale de la hanche consécutive à une cavité cotyloïde aplatie.

Dans ce cas, la cavité cotyloïde serait située plus bas que normalement.

Si cette conception est exacte, fait remarquer cet auteur, on doit trouver, en étudiant la question de plus près, qu'il existe une transition progressive entre la cavité cotyloïde en position normale et celle en position basse et dont le stade terminal est la protrusion acétabulaire.

L'auteur appuie sa théorie de huit clichés radiographiques montrant une situation haute de la cavité cotyloïde qui par ce fait est aplatie et prédispose à la luxation congénitale, et progressivement passe par les stades de subluxation, de cavité normale, pour aboutir finalement à la protrusion acétabulaire, dans laquelle la cavité cotyloïde a une situation plus basse.

Il existe enfin d'autres causes de la protrusion acétabulaire.

Nous n'insisterons pas sur l'ostéomalacie, ni sur

le spondylolisthesis, ni sur la cyphose, ces maladies n'intéressant pas la question, par contre nous réserverons une place à part au traumatisme.

Il est délibérément nié par certains auteurs. La bilatéralité ne saurait évidemment être expliquée par le traumatisme, mais la moitié des cas observés sont unilatéraux.

V. Brunn a relevé chez une fillette de 12 ans une protrusion acétabulaire qui a débuté cliniquement, par de la claudication six mois après une chute d'une hauteur de 5 à 6 pieds, et chez laquelle il n'y avait eu apparemment pas de lésions articulaires avant l'accident. (Beitr. Z. chir. 1903, Vol. 40).

Bibergeil rapporte également un cas (Zeitschr. f. orth. chir. vol. 25), datant de 1909 où une fillette de 14 ans bien portante jusque là, avait fait une chute d'une barre fixe, avait pu continuer à marcher et avait ressenti des douleurs à la hanche au cours de la nuit suivante. Chez elle on n'a pas non plus reconnu des lésions articulaires antérieures à l'accident.

Frangenheim aurait également cité un cas, d'après Wolfsohn et Brandenstein, mais nous n'avons pu vérifier, par suite d'une indication bibliographique erronée de ces auteurs.

A ces cas, nous pouvons ajouter deux observations dans lesquelles on n'a relevé dans l'anamnèse d'autres antécédents qu'une chute sur la hanche.

En somme, dans l'état actuel des connaissances, nous pouvons admettre comme facteurs étiologiques de la protrusion acétabulaire :

1° un amincissement congénital ou dystrophique du fond du cotyle.

2° plus accessoirement un traumatisme,

3° mais avant tout, l'arthrite de la hanche en mettant tout particulièrement en relief :

— l'ostéomyélite,

— la polyarthrite rhumatismale,

— l'infection gonococcique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions sont uni, ou bilatérales, avec une fréquence sensiblement égale. Suivant qu'on est en présence d'une hanche portant les vestiges d'une inflammation ou non, on peut observer des lésions différentes.

1^{er} GROUPE : IL Y A DES PHÉNOMÈNES D'ARTHRITE.

Le fond du cotyle est propulsé en coupole dans le pelvis. La profondeur de la cavité cotyloïde, qui normalement est de 2 cm. 5 à 3 cm., atteint en moyenne 5 à 6 cm., chiffre qui peut être largement dépassé. Cette coupole acétabulaire, qui est amincie sur toute son étendue, n'est pas toujours déplacée dans l'axe primitif de la cavité cotyloïde, mais parfois dans la direction du trou obturateur, ce qui a pour conséquence une rotation externe du membre inférieur.

Dans certains cas, le dôme cotyloïdien est le siège d'une ou de plusieurs perforations, généralement en son sommet, perforations qui sont couvertes soit par du tissu cicatriciel, soit par un mince dépôt calcaire d'origine périostique.

L'arrière-fond est très souvent comblé par des fongosités.

La tête fémorale est habituellement bien conservée dans sa forme générale. Elle est profondément engagée dans la cavité protruse et se trouve en contact avec la face externe du fond du cotyle.

Le grand trochanter, du fait de l'enfoncement de la tête fémorale, est rapproché de l'os coxal et peut même être en contact avec lui.

Le revêtement cartilagineux est plus ou moins rongé, parfois complètement détruit tant sur la tête fémorale que sur le croissant cotyloïdien.

Le ligament transverse de l'acétabulum et la partie cartilagineuse du ménisque, sont fréquemment ossifiés et on assiste à un comblement de l'échancrure ischio-publienne.

Le sourcil cotyloïdien est épaissi et il peut être le siège de proliférations osseuses, qui avec le ligament transverse ossifié forment un anneau rigide et rétréci, cravatant le col fémoral et emprisonnant la tête dans la cavité cotyloïde, d'où elle ne peut être extraite. Il s'ensuit une limitation des mouvements, qui peut aller jusqu'à l'ankylose complète.

Le ligament rond peut être rongé, parfois complètement résorbé.

Le col du fémur est en général rugueux et porte des proliférations osseuses et des ostéophytes.

La capsule est épaissie.

Sur la face pelvienne, la coupole acétabulaire recouverte de son périoste est tapissée par le muscle obturateur interne, qui peut parfois être embroché par des ostéophytes, ou encore encapsuler de petits séquestres, qui sont pénétrés en lui.

Le périoste montre, du point de vue histologique, deux couches : une couche granuleuse, recouverte de leucocytes morts, et le périoste proprement dit qui est en activité et la régénération osseuse est montrée par des dépôts calcaires.

2^e GROUPE. — IL Y A PEU OU PAS DE LÉSIONS ARTICULAIRES.

Le fond du cotyle, qui bombe dans le pelvis est remarquablement mince.

L'interligne articulaire est net sur toute sa hauteur.

Le revêtement cartilagineux de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale est intact. Le sourcil cotyloïdien n'est que peu épaissi et le col fémoral, parfois absolument normal, est en tout cas moins rugueux, les proliférations ostéophytiques étant restreintes.

Lésions à distance.

Quand elles existent, les lésions à distance n'ont rien de particulier. Ce sont celles des autres manifestations pathologiques de la hanche.

L'atrophie musculaire est nulle, en tout cas très discrète (1 cm.).

L'adénopathie siège aux ganglions récepteurs des lymphatiques de la hanche, mais ne sont appréciables que dans la région inguinale. Elle est très inconstante.

Par contre, on voit fréquemment des craquements articulaires du genou correspondant, dénonçant une arthrite sèche.

On n'a jamais observé des névralgies dans le domaine du nerf obturateur, ni des troubles urinaires, quoique théoriquement le nerf obturateur serait sous-tendu par la coupole acétabulaire et pourrait être élongé, et que l'uretère aplati ou même coudé pourrait selon Henschen, être le point de départ d'une rétention, voire d'une hydronéphrose.

PATHOGÉNIE

Etant donné que nous avons admis divers facteurs étiologiques de la protrusion acétabulaire, il ressort que la pathogénie de cette affection reconnaîtra des modalités différentes. A ce propos, il est intéressant de constater, que si les auteurs ont les conceptions les plus variées sur son étiologie, ils tombent tous d'accord au sujet du problème pathogénique, du moins dans ses données essentielles.

I. THÉORIE INFECTIEUSE.

Les inflammations de la hanche, quel que soit le microbe causal, font subir à l'article des modifications à peu près communes. Cependant, on a distingué des formes aiguës, s'accompagnant de phénomènes assez graves et faisant apparaître assez rapidement la lésion acétabulaire. Sans vouloir le nier, nous croyons cependant que la protrusion acétabulaire est plutôt le fait des arthrites chroniques, et ceci est confirmé par l'opinion de la grande majorité des au-

teurs et par l'observation clinique. Et voici pourquoi :

L'infection se produit d'une façon insidieuse, très prolongée, au cours de laquelle le malade ne se plaint que peu, par intermittences. Le fond du cotyle n'a évidemment pas sombré d'un seul coup dans le pelvis. Il est plutôt rongé, usé lentement et d'une façon progressive de sorte que le tissu osseux est détruit à la longue plus ou moins complètement.

La tête fémorale, qui ne trouve plus que des parties molles, peu résistantes, exerçant sur elles sa pression, entraîne le périoste et son tapis musculo-aponévrotique vers la cavité pelvienne, et ultérieurement le périoste qui a conservé sa vitalité va régénérer de l'os nouveau, fermant la brèche osseuse.

On s'est demandé, avec raison d'ailleurs, comment une inflammation qui a pour conséquence une destruction osseuse aussi intense, pouvait conserver au périoste une intégrité à peu près totale au point de lui conserver sa faculté ostéogénique. Les recherches de Henschen sur la structure du périoste du bassin fournissent une explication satisfaisante.

Tandis que le périoste du bassin est intimement lié à l'os sur toute son étendue, au niveau de la surface quadrilatère, le périoste est seulement relié à l'os par du tissu conjonctif lâche, de sorte que le périoste est aisément décollé au cours d'une inflammation locale et repoussé en dedans par l'exsudat que l'os sousjacent a produit.

La tête fémorale, dont le cartilage articulaire peut être érodé ou même complètement détruit, *doit donc avoir conservé sa forme* pour pouvoir exercer la contre-pression fémorale par l'intermédiaire du col, condition *sine qua non* pour l'installation de la protrusion acétabulaire.

Pour Henschen il existe une deuxième modalité : le périoste de la surface quadrilatère peut parfois être soulevé par un abcès sous-périosté, continuer à élaborer du tissu osseux et se solidifier, le fond du cotyle étant détruit ultérieurement par l'inflammation et la communication avec l'articulation s'établissant ici de dedans au dehors, contrairement à ce qui se passe dans ce que nous avons dit précédemment.

Quoi qu'il en soit, que l'articulation soit atteinte primitivement ou secondairement, les deux modes sont dans leur résultat final, absolument superposables.

II. THÉORIE TRAUMATIQUE.

Si l'on admet que le traumatisme est en cause, il faut qu'il soit suffisant pour produire une fracture du fond du cotyle, et qu'il ne soit pas trop important pour occasionner une luxation transacétabulaire.

Dans ce cas les fragments sont séparés par un espace qui est comblé par une régénération osseuse d'origine

périostique. Ici, comme d'ailleurs dans les cas d'origine inflammatoire, la structure osseuse secondaire subit des modifications par rabattage et polissage de l'excès osseux et par dénivellation des irrégularités, jusqu'à ce que l'image cotyloïdienne caractéristique soit complète.

III. THÉORIE CONGÉNITALE ET DYSHOPHIQUE.

Que le processus soit d'origine inflammatoire ou traumatique il peut survenir à n'importe quel âge de la vie. Il en est tout autrement, lorsque la cavité cotyloïde est trop mince par un défaut congénital.

Nécessairement la déformation du fond du cotyle devra s'installer avec l'âge de 20 ans, âge où l'ossification est terminée.

Le fond du cotyle, trop mince pour pouvoir résister à la pression fémorale, est poussé peu à peu vers la cavité pelvienne. En même temps, on peut observer des troubles dystrophiques de la croissance, ce que Golding, reprenant la théorie chère à Eppinger, a récemment confirmé avec une observation clinique à l'appui.

En tout cas, vers l'âge de 20 ans, les lésions sont définitives et ne progressent plus, comme l'a montré le cas de Waller précité. Ceci, selon Schaap, expliquerait l'évolution lente, au cours de laquelle les malades ont

la possibilité de s'adapter aux circonstances. Cela ferait comprendre également le fait que la majorité des malades ignorant leur mal, et qu'ils ne se plaignent qu'à un âge relativement avancé, lorsque surviennent les risques d'arthrite, une articulation ayant une anomalie de constitution devant être, évidemment considérée comme ayant une valeur moindre et comme pouvant être susceptible de devenir le siège d'un processus inflammatoire.

CLINIQUE

C'est le tableau banal des affections chroniques de la hanche et la protrusion acétabulaire n'est révélée que par la présence de quelques signes particuliers.

Il s'agit en général d'une femme, aux alentours de la cinquantaine, qui se plaint depuis un temps plus ou moins long de douleurs de la hanche et de claudication. Ces signes sont intermittents, conditionnés par la fatigue, les efforts journaliers, la marche. Une de nos malades ne pouvait marcher sans douleurs, par contre elle pouvait sans difficultés couvrir des distances relativement grandes à bicyclette.

L'état général est habituellement bien conservé, il n'y a pas de fièvre.

Ce sont les signes physiques qui mettent sur la voie du diagnostic.

— A la station debout, la malade porte le poids corporel sur le membre sain, d'où attitude hanchée, qui est d'ailleurs compensée par une scoliose légère.

— La marche fait apprécier le degré de claudication.

— Quand la malade est couchée, l'examen peut mettre en évidence plusieurs signes :

1^o Absence d'attitude vicieuse typique :

Les membres inférieurs ont une attitude normale, ou sont parfois en rotation externe ; cette dernière position serait l'indice d'une protrusion dans la direction du trou obturateur.

2^o Raccourcissement apparent du membre sain, mais la mensuration montre généralement une égalité de longueur des deux membres. Parfois cependant on peut trouver un raccourcissement réel du côté malade (1-2 cm.).

3^o Diminution de la saillie normale du grand trochanter. Il se trouve rapproché de la symphyse pubienne, ce qui est appréciable à la mensuration, quand la lésion est unilatérale. Le triangle de Bryant est plus petit que du côté opposé. Dans des cas plus rares, le grand trochanter vient buter contre le sourcil cotyloïdien. Quand il est le siège de prolifération osseuses il apparaît épaissi.

4^o L'exploration de la mobilité articulaire, exécutée avec douceur afin d'éviter à la malade des souffrances inutiles qui gêneraient l'examen ultérieur, révèle :

— une limitation de l'abduction, précoce, progressive, d'emblée très prononcée. C'est là un signe d'une importance diagnostique de première valeur.

— la flexion est peu diminuée et l'adduction et la rotation ne sont que légèrement modifiées.

Mais on ne saurait trop insister sur la valeur que représente dans l'investigation clinique, l'exploration du fond du cotyle par le toucher recto-vaginal.

Ce dernier montre une coupole intrapelvienne dure, arrondie, lisse, de dimensions variables, s'implantant par sa base sur la surface quadrilatère et généralement douloureuse à la pression.

D'après Henschen, on sentirait la corde du nerf obturateur, qui est soustendu par la voussure acétabulaire, et qui peut être le point de départ de névralgies obturatrices par élongation du nerf.

L'uretère qui croise également la coupole du fond cotyloïdien, peut être aplati et même coudé et devenir imperméable.

Ces deux derniers signes n'ont en réalité qu'une valeur théorique, et n'ont jamais été observés en clinique, étant donné qu'ils sont le fait d'une protrusion acétabulaire à développement véritablement monstrueux.

A côté de ces signes, on peut observer :

— de l'atrophie musculaire du membre inférieur, atrophie rarement très marquée,

— de l'adénopathie, inconstante, et en général discrète, se manifestant par quelques ganglions durs,

indolores, situés dans le carrefour lymphatique inguinal,

— des craquements d'arthrite sèche des genoux.

Au total, si la constatation de la triade symptomatique : claudication douloureuse, limitation douloureuse de l'abduction, tuméfaction pelvienne appréciée au toucher recto-vaginal, laisseront le diagnostic hésitant, ces éléments seront plus que suffisants pour commander l'exécution d'une radiographie, qui elle, est absolument typique.

RADIOGRAPHIE

Elle a été longtemps, avec l'autopsie, le seul élément de diagnostic de la protrusion acétabulaire, et actuellement encore son image est souvent considérée avec surprise, comme une curiosité clinique.

Sa vulgarisation est le véritable but de notre exposé.

Voici les renseignements qu'elle fournit :

— La tête fémorale s'avance de façon anormale dans la cavité cotyloïde dont elle semble soulever le fond. En effet, le fond du cotyle, qui normalement apparaît comme une ligne droite sur le cliché, dessine un demi-cercle plus ou moins développé, à convexité pelvienne. Il est généralement très aminci, et semble ne pas pouvoir résister à la pression de la tête fémorale.

L'interligne articulaire est ou bien entièrement conservé ou plus souvent d'un aspect nuageux, estompé

à l'un ou aux deux pôles de la cavité cotyloïde par des ostéophytes, ou des pertes de substance, dénonçant un processus inflammatoire de l'articulation.

Le sourcil cotyloïdien est fréquemment le siège de proliférations osseuses, ainsi que le col fémoral.

En comparant avec le côté opposé on peut parfois constater un rapprochement du grand trochanter de l'os coxal, avec lequel il peut même être en contact, ce qui traduit le degré d'enfoncement de la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, et, partant, le degré de la protrusion acétabulaire.

L'ensemble donne une image bien spéciale, caractéristique, qu'il suffit d'avoir vue, pour savoir faire le diagnostic de protrusion acétabulaire, quand elle se présente en clinique.

FORMES CLINIQUES

Elles ont surtout un intérêt étiologique, car si la forme chronique est de loin la plus fréquente, il n'en est pas moins vrai que la protrusion acétabulaire se rencontre au cours de certaines affections aiguës de la hanche, parmi lesquelles il faut surtout mettre en relief l'arthrite gonococcique.

Dans ces cas, c'est le tableau classique de l'affection causale, au milieu duquel sont noyés les signes particuliers de la protrusion acétabulaire et celle-ci est alors une découverte de la radiographie.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

La protusion acétabulaire débute donc en général d'une façon insidieuse, et elle évolue par poussées, entrecoupées de périodes d'accalmie, pouvant faire croire à la guérison. Ces rémissions seront d'autant plus longues et plus durables, si le malade évite les fatigues de l'articulation. Et comme le repos prolongé est en rapport direct avec la condition sociale du malade, celle-ci constitue un élément prédominant dans l'évolution de l'affection.

Tôt ou tard on verra donc réapparaître les symptômes, soit spontanément, soit après une fatigue, les périodes de rémission seront de plus en plus espacées et abrégées, et la recrudescence des signes cliniques trouve son reflet dans la prise successive des clichés radiographiques.

Le pronostic fonctionnel est donc très souvent compromis et l'affection aboutira à l'impotence du membre atteint avec raideur de l'articulation de la hanche pouvant aller, dans certains cas jusqu'à l'ankylose plus ou moins complète.

TRAITEMENT

Sur le traitement de la protrusion acétabulaire on ne trouve que peu de données dans la littérature, et il constitue une tâche particulièrement ingrate.

Toutes les ressources de la thérapeutique, aussi bien médicale que chirurgicale, ont été mises en œuvre, pour obtenir des résultats variables, bien souvent négatifs.

Nous avons dit au début de cet exposé, que la protrusion acétabulaire devait être considérée surtout comme une complication d'un état infectieux de la hanche.

C'est donc, avant tout autre traitement, sur cette infection causale que l'on cherchera à agir.

En effet, un autovaccin ou à son défaut un vaccin polyvalent, ou un traitement salicylé seront bien plus efficaces que les analgésiques les plus puissants.

L'injection de Seti (soufre et iode) ont parfois donné des résultats encourageants, de même que la thoriumthérapie, qui semble être particulièrement active et mériterait d'être suivie.

Quant au traitement chirurgical, on est resté en général, conservateur et on a réservé l'intervention (ostéotomie, résection, arthroplastie) aux cas graves où de grandes proliférations osseuses ont amené une

impotence presque totale du membre et une ankylose en position vicieuse.

On s'est également adressé, avec quelques succès d'ailleurs, au traitement orthopédique et à la physiothérapie. Certains auteurs ont proposé l'extension continue, d'autres ont préconisé l'immobilisation dans un appareil plâtré ou encore l'usage de béquilles.

Toute la gamme des agents physiques ont été essayés, notamment les rayons X qui ont une action certaine au début, mais de moins en moins efficaces dans les poussées ultérieures. La diathermie et les rayons infra-rouges, qui ont des indications variables conditionnées par le terrain, enregistrent quelques succès isolés.

A coté de cela on peut employer les bains de vapeur, les douches, l'air chaud ou encore les stations thermales dont Dax représente le type le plus parfait.

Il nous semble, pour notre part, sans vouloir diminuer le mérite des autres méthodes thérapeutiques, que l'orthopédie réunit le mieux les conditions nécessaires pour supprimer la cause directe de la protrusion acétabulaire : la contre-pression fémorale.

C'est donc la mise au repos prolongée et surveillée de l'articulation de la hanche malade qui semble devoir constituer le principe conducteur du traitement, car elle évitera, soit par le décubitus, soit par la position assise, soit par l'emploi de béquilles, l'appu

de la tête fémorale sur le fond du cotyle déficient.

Assistée des autres moyens thérapeutiques que nous venons de résumer, la mise au repos qui doit être considérée comme étant la base du traitement rationnel, aura quelques chances de voir survenir la stabilisation des lésions et peut-être la guérison de la protrusion acétabulaire.

Peut-être pourrait-on avoir recours à une butée ostéoplastique après greffes intraarticulaires pour maintenir la tête fémorale à un nouveau point d'appui plus externe. Cette intervention, qui jusqu'ici n'a pas encore été pratiquée, pourrait être justifiée dans une protrusion acétabulaire unilatérale sans phénomènes inflammatoires et mériterait peut-être d'être essayée.

Avant de terminer cet exposé, nous plaçons ici cinq observations recueillies à l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur Cunéo.

Quatre autres cas y ont été observés à la consultation et radiographies, mais ces malades ayant été perdus de vue, nous ne pouvons donner des renseignements que sur leurs clichés radiographiques.

Nous y ajouterons neuf observations recueillies dans la littérature.

A. OBSERVATIONS INÉDITES

OBSERVATION I. — M^{me} B... 65 ans, se plaint depuis 1924 de douleurs lombaires et de claudication, mais comme elle est porteuse d'un fibrome on croit à des névralgies par compression, aucune radiographie n'ayant été pratiquée. La malade est hystérectomisée le 1^{er} janvier 1928 et les douleurs disparaissent effectivement pendant environ deux mois.

Après une journée de fatigue, les phénomènes douloureux réapparaissent et la malade boite. On fait le diagnostic de lumbago et l'on installe un traitement médical banal.

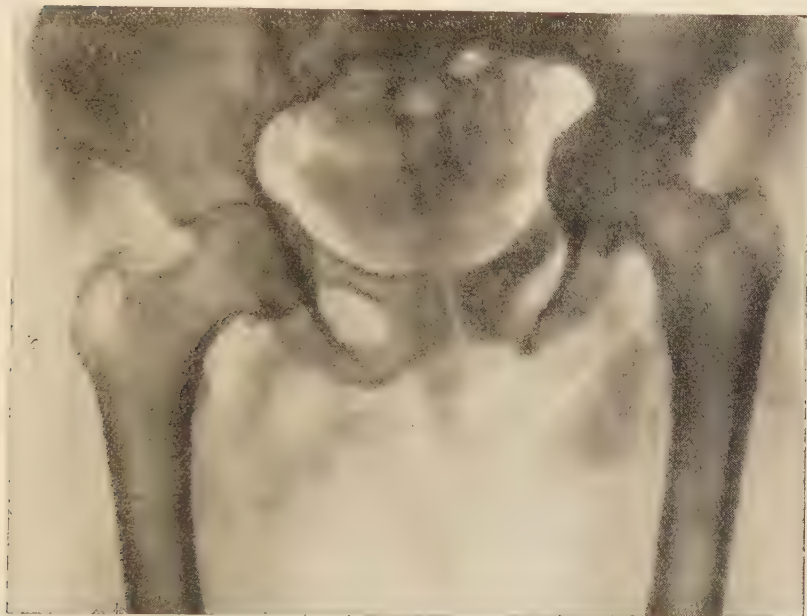
Les douleurs ne cédant pas, on pratique une radiographie de la hanche et on porte le diagnostic d'arthrite de la hanche droite. Cure à Dax du 28 décembre 1928 au 16 janvier 1928. Léger soulagement.

En 1929 à l'hôpital Saint-Louis on pratique 20 injections de thorium réparties en plusieurs séries. Résultat : accalmie de 2 ans, la malade est enchantée.

En 1931, elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu. Une radiographie pratiquée à ce moment montre une pro-

trusion acétabulaire bilatérale, mais plus marquée à droite.

Du côté droit : coupole acétabulaire d'environ 2 cm. de profondeur, pincement de l'interligne dans sa



moitié inférieure — épaissement du fond du cotyle, surtout dans sa moitié supérieure — pas de proliférations osseuses sur le sourcil cotyloïdien.

Du côté gauche : bombement moins accusé du fond du cotyle qui est aminci dans toute son étendue ; interligne parfaitement conservée.

Des deux côtés la tête fémorale a suivi la cavité cotyloïde.

On installe aussitôt une série de rayons X comprenant 12 séances à raison d'une demi-heure tous les 2 jours. En même temps on lui administre de l'extrait ovarien. On note une amélioration appréciable après chaque série de Rayons X.

En septembre 1931, au cours d'une série d'injections de Sėti (soufre et iode) la malade contracte un énorme abcès de la région fessière gauche, qui est incisé et qui nécessite le maintien au lit pendant 6 semaines. Ce repos forcé a pour effet de faire disparaître complètement les douleurs et d'amener une amélioration de la marche.

En 1934, nouvelle série de rayons X.

Actuellement :

Les douleurs sont constantes, spontanées, exacerbées par le moindre mouvement.

La claudication est très marquée. A la station debout on constate une attitude hanchée, l'épine iliaque droite (côté malade) abaissée, et un allongement apparent du membre inférieur malade. La mensuration montre que les deux membres ont une longueur égale.

La limitation des mouvements passifs porte sur la flexion, mais surtout sur la rotation et sur l'abduction.

Les genoux sont douloureux on y perçoit des craquements, pas de signes d'épanchements.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire, il existe une adénopathie inguinale discrète.

Au toucher vaginal : on sent les deux coupoles acétabulaires, qui sont arrondies, lisses, à droite, la pression du fond cotyloïdien provoque une douleur.

Dans les antécédents on note une rougeole contractée au cours de l'enfance, une grossesse en 1906 qui s'est terminée par un accouchement spontané d'une petite fille de 3.250 gr. à terme.

Pas de R.A.A. ni de contagé vénérien.

OBSERVATION II. — M^{me} P... 60 ans, marchande de quatre saisons, est atteinte de claudication et de douleurs lombaires et coxales, avec irradiations sur le membre inférieur gauche depuis 1930. Elle avait eu un « rhumatisme » vers l'âge de 30 ans qui avait duré quelques mois et un accouchement normal d'une fille vivante de 4.400 gr. Elle souffre de pieds plats depuis sa jeunesse.

Comme les douleurs ne cèdent pas elle vient consulter à l'Hôtel-Dieu où les docteurs Sainton porte le diagnostic de polynévrite et l'envoie dans le pavillon d'électro-hydrothérapie. Une radiographie faite entre temps dévoile une protrusion acétabulaire bilatérale avec prédominance à gauche.

On fait une série de séances de diathermie à laquelle on joint une cure de repos. Deux ans après les douleurs ont disparu, la marche n'est que peu gênée.

Une nouvelle radiographie faite en 1932, montre

une légère progression de l'affection du côté gauche où le grand trochanter est à 1 cm. de l'os coxal. On y voit également un épaissement du fond du cotyle, tandis qu'à droite les lésions n'ont pas progressé.

Actuellement (mai 1936) la marche n'est pas gênée ; ni claudication, ni douleurs.

Les mouvements passifs sont légèrement réduits dans la flexion et dans la rotation externe, davantage dans l'abduction.

Il s'agit là d'un cas qu'on peut considérer comme guéri, avec un résultat fonctionnel très satisfaisant.

OBSERVATION III. — M^{me} V... 54 ans, vendeuse, raconte qu'elle a fait une chute sur un escalier il y a 3 ans. Le médecin qui l'examina n'ayant constaté aucune lésion osseuse, elle continue son travail.

En 1935, 2 ans après sa chute, la malade commence à boiter légèrement. Pas de douleurs, mais plutôt des tiraillements, une gêne à la marche. Elle consulte à l'Hôpital Boucicaut, où l'on fait une radiographie, mais nous n'avons pu savoir ni le diagnostic, ni le traitement. La malade dit avoir été soignée par des piqûres qui lui ont fait grand bien.

En avril 1936, les douleurs apparaissent nettement, surtout après la marche. Amenée à consulter à l'Hôtel-Dieu, on constate à l'examen :

- une claudication légère,
- une légère attitude hanchée.

Au niveau de la hanche droite il existe une atrophie musculaire assez marquée, une raideur articulaire



et une limitation assez importante de l'abduction, une douleur provoquée à la hanche, sans adénopathie.

Pas de signes cliniques à la hanche gauche.

Toucher vaginal : petite compoule intra-pelvienne du côté droit, douloureuse à la pression.

Par ailleurs, la malade accuse des névralgies dans les 2 cuisses et de l'arthrite sèche des 2 genoux.

Antécédents : a été opérée trois fois : en 1916 de

l'appendicite, en 1930 des adhérences, en 1933 d'un fibrome extérieur.

En 1926 elle était atteinte d'une arthrite du coude dont nous ignorons la nature.

Radio :

— Hanche droite : protrusion acétabulaire avec un fond du cotyle épais ; proliférations osseuses sur tout le sourcil cotyloïdien, qui est épaissi ; pincement de l'interligne ; col court, trapu ; le grand trochanter est rapproché de l'os coxal.

— Hanche gauche : début de protrusion avec un fond du cotyle aminci ; interligne visible dans toute son étendue ; le bord inférieur de la cavité cotyloïde est le siège d'hyperostose.

La malade actuellement en traitement.

OBSERVATION IV. — M^{me} T..., 66 ans, a été bien portante durant son enfance et son adolescence. A l'âge de 23 ans elle accouche spontanément d'un enfant bien portant. En 1908 elle est opérée d'une hernie inguinale droite. En 1923 elle fait une chute sur la hanche gauche, qui ne se manifeste dans ses conséquences immédiates que par quelques ecchymoses douloureuses, et qui ne l'empêchent pas de continuer son travail.

En 1928 apparaissent des douleurs au niveau de la hanche gauche, qui sont intermittentes, consécutives à la fatigue. Ces douleurs, de même que la claudica-

tion légère dont elles s'accompagnent, sont fugaces, disparaissant avec le repos.

Examinée en 1932 à l'Hôtel-Dieu on fait une radiographie qui révèle une protrusion acétabulaire bilatérale. Les deux cavités cotyloïdes sont protruses de façon modérée, et davantage à droite, l'interligne est bien conservé, le fond cotyloïdien est très aminci des deux côtés.

Le traitement est particulièrement inefficace : l'hydrothérapie et les rayons X produisent une légère accalmie, mais les infrarouges et la diathermie sont sans effet.

L'évolution est entrecoupée de période de rémissions et aboutit à l'aggravation des symptômes.

En 1936, la malade ressent des douleurs continues, nocturnes, exagérées par les mouvements. La claudication est très marquée, rendant la marche très pénible.

A l'examen, on ne trouve pas d'attitude vicieuse quand la malade est couchée. La mensuration montre un raccourcissement de 2 cm. du membre inférieur gauche.

Limitation restreinte de la flexion, abduction très diminuée ; ces mouvements sont douloureux. Au toucher vaginal on trouve une légère surélévation de la surface quadrilatère, en forme de coupole, douloureuse à la pression. A droite, ni douleur, ni modifications appréciables au doigt explorateur.

Nous ne possédons pas de radiographie récente de cette malade.

OBSERVATION V. — Mme B., 51 ans, est admise dans le service du Professeur Cunéo pour arthrite de la hanche gauche, qui s'était manifestée par des douleurs et par la claudication. Elle avait fait en 1933 une chute sur la hanche gauche, suivie d'un gros hématome, et elle attribua à cette chute les douleurs légères qu'elle ressent depuis.

Ces douleurs d'abord sourdes et intermittentes étaient devenues peu à peu continues lorsque la malade ne gardait pas le repos au lit, se réveillant au cours d'un mouvement, s'exagérant à la marche. Traitée d'abord par des injections intra-musculaires dont nous n'avons pu préciser la nature et par le repos au lit, elle est ensuite envoyée au service de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. On y fait faire une radiographie qui montre une protrusion acétabulaire de la hanche gauche.

Il est intéressant de relever dans ses antécédents une arthrite tibio-tarsienne dont nous n'avons pu déterminer l'étiologie, et qui s'était manifestée depuis plusieurs années par de l'œdème périmalléolaire.

Cette affection, traitée d'abord par des rayons ultra-violets, fut ensuite immobilisée dans un appareil plâtré de marche, parce qu'elle avait déterminé une position vicieuse du pied.

C'est après l'ablation de ce plâtre que la malade

commença à ressentir les douleurs de la hanche et que la claudication fit son apparition.

Nous n'avons pu rejoindre personnellement cette malade et de ce fait pratiquer un examen local.

OBSERVATION VI. (*Compte rendu radiographique*). — Mme P., 45 ans. La radiographie montre une protrusion acétabulaire bilatérale, un amincissement très prononcé, surtout marqué à gauche, du fond du cotyle, qui proémine dans le pelvis en se dirigeant vers le bord supérieur du trou obturateur.

Les proliférations osseuses siègent sur le bord inférieur de la cavité cotyloïde.

OBSERVATION VII. — Mme B., la radiographie montre une protrusion acétabulaire intrapelvienne bilatérale surtout marquée à gauche. Fond du cotyle très aminci des deux côtés. Le sourcil cotyloïdien est épaissi. L'interligne est visible à droite, nuageux dans la partie inférieure à gauche.

OBSERVATION VIII. — Mme F., 61 ans. *Radio* : protrusion acétabulaire discrète, bilatérale. Flou de l'interligne à gauche. Pas de proliférations osseuses.

OBSERVATION IX. — Mme B., la radiographie révèle une protrusion acétabulaire droite. Le fond du cotyle

est aminci, il existe un pincement de l'interligne dans son extrémité inférieure, des proliférations osseuses du sourcil cotyloïdien et du col qui apparaît épais et trapu.

Lésion d'arthrite à gauche, avec un fond du cotyle épais qui n'a pas cédé.

B. OBSERVATIONS RECUEILLIES
DANS LA LITTÉRATURE

I. Schlagenhauser, *Zentralbl. f. gyn.* n° 6, 1909.

Femme de 40 ans, est admise à l'hôpital pour polyarthrite rhumatismale. Un mois après, douleurs marquées à la hanche droite, avec adénopathie douloureuse. Exitus 3 mois 1/2 après son entrée à l'hôpital par septicémie avec parotidite suppurée.

Autopsie : arthrite suppurée de la hanche droite avec protrusion acétabulaire, le pus renferme du gonocoque.

II. Wolfsohn et Brandenstein, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1911, vol. 96, p. 656.

Homme, 34 ans, ressent des douleurs des hanches depuis 5 ans à droite, depuis 3 ans 1/2 à gauche. Ce malade avait fait à l'âge de six ans, une poussée de rhumatisme articulaire aigu.

La radio montre une protrusion acétabulaire bilatérale.

III. Valentin et Muller, *Arch. f. Klin. Chir.*, 117-1921.

1° Femme de 51 ans, sans antécédents cliniques a des

douleurs dans les membres inférieurs depuis cinq mois.

La radio montre une coupole acétabulaire.

Δ : tumeur maligne du fond de cotyle. Exitus. Pas d'autopsie.

2° Jeune fille de 18 ans, qui avait fait en 1917 une pleurésie sérofibrineuse, se plaint de douleurs de la hanche gauche, avec claudication et raccourcissement du membre inférieur gauche.

Radio : protrusion acétabulaire avec un fond du cotyle très aminci.

IV. Pedoth, *Zentralbl. f. Chir.*, n° 45, 1931.

Communique une radiographie qui montre : un bombement pelvien important du fond du cotyle, un interligne intact, un dépôt de calcaire sur le sourcil cotyloïdien et le col fémoral qui est cravaté par les néoformations osseuses.

L'auteur préconise le terme de « coxa profunda vara ».

V. Michaëlis, *Zentralbl. f. Chir.*, 1932, n° 24.

Chez une fille de 21 ans, on observe des douleurs articulaires avec fièvre, ces douleurs se localisent trois jours après à l'articulation de la hanche. Radio : importante protrusion acétabulaire.

VI. Vogeler, *Arch. f. Klin. Chir.*, 180, 1934.

Femme qui a fait un faux pas, souffre dans la suite de la hanche droite.

Radio : un fond cotyloïdien très aminci, en demi-cercle, englobant la tête fémorale. Ostéophytes des extrémités inférieures et supérieures de l'acétabulum.

VII. Vogeler, *Arch. f. Klin. Chir.*, 180, 1934.

Femme âgée de 71 ans, atteinte d'ankylose des deux hanches, avec impotence fonctionnelle. Le tronc forme avec les deux cuisses un angle de 80° qui ne peut être corrigé que grâce à une lordose très accentuée.

Radio : protrusion acétabulaire, avec aspect nuageux de l'interligne.

VIII. Schaap, *Zeitschr. f. orthop. Chir.*, vol. 61, n° 4, août 1934, p. 542.

Homme de 34 ans, qui à l'âge de 12 ans a eu des douleurs dans les hanches, et depuis a conservé une légère raideur.

Depuis deux ans s'installent des douleurs et une limitation extrême de l'abduction.

Radio : coupole acétabulaire bilatérale.

Revue un an après, on constate, outre l'aggravation des symptômes, un écoulement urétral contenant du gonocoque. On administre de l'autovaccin avec succès.

Trois mois après, il y a recrudescence des signes et on traite le malade par des bains de vapeur qui ont un effet remarquable.

IX. Schaap, *Arch. f. Klin. Chir.*, 180, 1934.

Femme, 45 ans, se plaint de douleurs du bas ventre et de la région inguinale gauche depuis cinq à six ans, avec claudication.

Radio : protrusion acétabulaire gauche.

On installe un traitement orthopédique d'abord (extension), puis des bains de vapeur. Effet nul. On découvre le gonocoque dans l'écoulement vaginal et l'on administre un vaccin polyvalent qui améliore l'état de la hanche.

CONCLUSIONS

1° La protrusion acétabulaire est une affection peu fréquente.

2° Les causes sont multiples :

- a) le traumatisme,
- b) un amincissement congénital du fond du cotyle par situation trop basse de la cavité cotyloïde,
- c) les arthrites de la hanche, surtout celles à évolution chronique (gonococcie, ostéomyélite, rhumatisme).

3° Son diagnostic clinique est basé sur la triade symptomatique :

- claudication douloureuse,
- limitation de l'abduction,
- constatation d'une tuméfaction osseuse intra-pelvienne au toucher recto-vaginal.

4° Le cliché radiographique montre une image typique.

5° Son évolution est lente, progressive, entrecoupée de périodes de rémissions et de recrudescence.

6° Le traitement est dominé par la nécessité d'un repos prolongé auquel on associe le traitement médical, chirurgical ou physiothérapique selon les cas.

Vu, le Doyen :
ROUSSY.

Vu, le Président,
B. CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BIBERGEIL. — *Zeitschr. f. orthop. chir.*, 1909, vol. 25.
- BORCHARD. — *Deutsche Zeitschr. f. chir.*, 1885, vol. 21.
- BREUS. — *Zentralblatt. f. Gynäkologie*, 1909, n° 6.
- BRUNN (V.). — *Beiträge zur chir.*, 1903, vol. 40.
- BRUNN (V.) et HONSELL. — *Brunn's Beiträge*, 1899, vol. 24.
- CHIARI. — *Beitr. zur. geburtshilfe u. gynäkologie*, 1903, vol. 2.
- ESAU. — *Zeitschr. f. chir.* 1908, vol. 91.
- FÉRÉ. — *Archives de neurologie*, 1882, vol. 4.
- GOLDING (Campbell). — *The british journ. of surgery*, vol. 22 juillet 1934.
- HENSCHEN. — *Brunn's Beitr. Z. Klin. Chir.* 1909, vol. 65, p. 599 et p. 641.
- *Zeitschr. f. orthop. chir.*, 1913, vol. 33.
- KIENBÖCK. — *Schweizer. Med. Wochenschr.* juillet 1934, n° 29.

— *Fortschritt aus dem Gebiet der Roentgen*, 1912, vol. 18.

LEWIN. — *Surg. gyn.* octobre 1925, vol. 41.

— *The journ. of the Amer. med. Ass.*, juillet 1935, vol. 105, n° 2.

MERKLES. — *Arch. of surg.*, novembre 1922, vol. 5.

MICHAËLIS. — *Arch. f. Klin. chir.*, mai 1932, vol. 170.

— *Zentralbl. f. chir.*, juin 1932, vol. 59, n° 24.

MÜLLER. — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1885, vol. 21.

NICHOLS et SHIFLETT. — *Amer. journ. of Roentgenologie*, mai 1934, vol. 31.

PEDOTH. — *Zentralbl. f. Chir.*, vol. 58, n° 45, novembre 1931.

POMERANZ. — *Amer. journ. of surg.*, vol. 39, n° 3, juillet 1925.

SCHAAPE. — *Zeitschr. f. orthop. chir.*, vol. 61, n° 4, août 1934.

— *The journ. of Bone a. joint surgery* vol. 16 octobre 1934.

— *The journ. of Bone a. joint surgery*, vol. 14 juillet 1932.

SCHLAGENHAUFER. — *Zentralbl. f. Gynak.*, 1909, vol. 30.

THOMSON. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1872, vol. 13.

TRENDELENBURG. — *Verhandl. der deutsch. Gesellsch
f. Chir.*, 1881, vol. 10.

VALENTIN et MÜLLER. — *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 117,
1921.

VOGELER. — *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 180, septembre
1934.

WOLFSOHN (L.), BRANDENSTEIN. — *Arch. f. Klin.
Chir.*, 1911, vol. 96.

